



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa preventivo de la depresión posparto

Postpartum depression prevention program

Autora

Olga Morales Berges

Directora

Raquel Belio Samitier

Facultad de Ciencias de la Salud / Enfermería

2019

ÍNDICE

| | Páginas |
|--|---------|
| 1. Resumen - - - - - | 3 |
| 2. Abstract - - - - - | 4 |
| 3. Abreviaturas - - - - - | 5 |
| 4. Introducción - - - - - | 6 |
| 5. Objetivos - - - - - | 9 |
| 6. Metodología - - - - - | 10 |
| 7. Planificación - - - - - | 12 |
| 7.1. Análisis y priorización - - - - - | 12 |
| 7.2. Captación y población diana - - - - - | 13 |
| 7.3. Recursos y presupuesto - - - - - | 14 |
| 7.4. Estrategias - - - - - | 16 |
| 7.5. Actividades y diagnóstico - - - - - | 17 |
| 7.6 Cronograma - - - - - | 21 |
| 8. Evaluación - - - - - | 22 |
| 9. Conclusiones - - - - - | 24 |
| 10. Bibliografía - - - - - | 25 |
| 11. Anexos - - - - - | 29 |

1. RESUMEN

Introducción: La Depresión Posparto es una enfermedad mental de alta prevalencia en todo el mundo, afectando al 10-15% de las mujeres embarazadas tras dar a luz. Conlleva múltiples complicaciones para la madre y el hijo, lo que explica la importancia de su prevención con educación sanitaria desde Atención Primaria.

Objetivo: Diseñar un programa de prevención de la depresión posparto en mujeres embarazadas con factores de riesgo en el tercer trimestre de gestación.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos 10 años en diferentes bases de datos y páginas web de referencia acerca de la Depresión Posparto, para obtener información actualizada y necesaria para la elaboración del programa preventivo.

Conclusión: La educación sanitaria por parte de enfermería durante el embarazo llevada a cabo en grupos de apoyo permite a las mujeres sentirse acompañadas y mejor orientadas. Además, compartir sus preocupaciones en este entorno les proporciona una mayor seguridad en su proceso de maternidad, lo que contribuye a una disminución de la DPP.

Palabras clave: "Depresión posparto"; "Depresión postparto"; "Posparto"; "Postparto"; "Embarazo"; "Programa de prevención".

2. ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is a mental illness with a high prevalence all over the world, it affects around 10-15% pregnant women after giving birth. It takes a lot of complications for the mother and the child, that is why prevention through sanitary education from primary care institutions is so important.

Objective: Conduct a prevention program for postpartum depression in pregnant women with risk factors in the third trimester of pregnancy.

Method: A Postpartum Depression literature review, of the last 10 years, has been carried out in different databases and reference websites to secure updated and necessary information for the development of the preventive program.

Conclusions: Nursing education, during pregnancy with support groups, allows women to feel accompanied and better oriented. In addition, sharing their concerns in this situation gives them greater security in their maternity process, which contributes to decrease Postpartum Depression.

Key words: "Postpartum depression", "Postpartum", "Pregnancy", "Prevention program"

3. ABREVIATURAS

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición

DPP: Depresión Posparto o Depresión Postparto

DSM - V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Quinta edición

EPDS: Escala de depresión posparto de Edimburgo

INE: Instituto Nacional de Estadística

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

LM: Lactancia Materna

OMS: Organización Mundial de la Salud

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

4. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto o depresión postparto (DPP) es una enfermedad mental que afecta a las mujeres tras dar a luz, en el puerperio ^{1,2}.

La depresión se caracteriza por la presencia de sentimientos negativos y melancólicos, de una alteración del humor e incluso la pérdida del interés vital. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la quinta causa de morbilidad en el mundo. El sexo femenino es el más afectado por esta enfermedad, siendo la DPP la de mayor incidencia en mujeres y la enfermedad mental más común en el embarazo y posparto ³⁻⁶.

En el embarazo y posparto se producen modificaciones de inicio insidioso a nivel físico, emocional, cognitivo, hormonal y social que pueden propiciar un afrontamiento con alegría e ilusión, o con tristeza y ansiedad ²⁻⁵.

El puerperio (6 semanas tras el parto) se considera que es una época de crisis emocional, en el que puede aparecer tristeza posparto (baby blues), depresión o psicosis posparto. Se debe evitar que esta tristeza (50-85% de las madres la experimentan) evolucione a depresión o psicosis ⁷⁻¹⁰.

La DPP suele aparecer en torno a la tercera semana después del parto y puede durar hasta cuatro años en algunos casos (dos tercios de los casos se solucionan el primer año). Al prolongarse la depresión aumentan los efectos negativos sobre el binomio madre – hijo, los cuales se aprecian considerablemente tras 6 meses ^{1,11,12}.

La DPP afecta al 10 – 15% de las mujeres, llegando a superar la prevalencia de la depresión durante el embarazo (6'5–13%). Su prevalencia en países en desarrollo es tres veces superior a los países desarrollados, afectando más a aquellas mujeres con bajo nivel socioeconómico. Cabe destacar que, aunque esta patología sea predominante en mujeres, también puede darse en hombres al "convertirse en padres", afectando principalmente a aquellos cuya mujer también la padece (10-20%) ^{1-3,10,13,14}.

La DPP no se produce por algo que la madre haga o deje de hacer, su etiología es heterogénea, influyendo factores bio-psico-socio-culturales ⁹.

Entre los principales factores de riesgo de sufrir DPP se encuentran la ansiedad o depresión previas o durante el embarazo, los cambios hormonales

en el embarazo y puerperio, la no planificación del embarazo, la falta de apoyo sociofamiliar, el distanciamiento con la pareja, el estrés familiar o ambiental, la falta de recursos disponibles y un bajo nivel de educación (Anexo 1) ^{1,4,13,15}.

Las manifestaciones clínicas de la DPP llegan a ser incapacitantes, al igual que en la depresión común. Abarca desde la irritabilidad, rabia, abulia, u olvido hasta el sentimiento de culpa, incapacidad de afrontamiento e ideaciones suicidas ^{11,12}.

La gravedad de la DPP se acentúa por las complicaciones derivadas, como: ataques de pánico, ansiedad grave, llanto espontáneo o insomnio que pueden provocar desinterés por el bebé, alteración del vínculo afectivo entre madre – hijo, incluso, pensamientos violentos contra el bebé ^{1,9}.

Según el DSM-V, el 50% de las DPP comienzan en el embarazo, por lo que el bebé también puede sufrir consecuencias de la depresión antes del parto. Podría presentar menor peso al nacer, mayor probabilidad de ser prematuro, aumento de la frecuencia cardíaca y de los niveles de cortisol, menor desarrollo psicomotor, o desordenes afectivos, cognitivos y sociales ^{5,13,16,17}.

La evidencia científica apoya ampliamente la mejoría de los resultados cuando se detecta y se trata la enfermedad de forma precoz, por lo que enfermería desarrolla un papel fundamental en esta enfermedad por ser el profesional encargado del cuidado de la paciente. Sin embargo, existe un infradiagnóstico, por lo que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento ²⁻⁴.

La Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), es la herramienta más eficaz y más empleada para identificar a una mujer con riesgo de sufrir la DPP, aunque el diagnóstico definitivo debería realizarse mediante el DSM-V o CIE 10 (Anexo 2 y 3) ^{1,3,17,18}.

Existen otros instrumentos validados que permiten evaluar los factores de riesgo durante el periodo perinatal (entre la semana 22 de gestación y 4 semanas después del parto), aunque estos son menos empleados en la actualidad (Anexo 4) ^{13,19,20}.

En la actualidad, el tratamiento farmacológico más común son los antidepresivos, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) los fármacos de primera línea (Anexo 5). Existen otros fármacos que se emplean en casos complicados o resistentes a los antidepresivos, como benzodiacepinas, antipsicóticos o estabilizadores del ánimo; pero el uso de estos fármacos durante el embarazo o la LM puede tener efectos secundarios para el bebé, lo cual muestra la importancia de individualizar tratamientos y probar otras alternativas terapéuticas. El tratamiento psicoterapéutico, en el que interviene enfermería, ha demostrado ser bastante eficaz en combinación, o no, de ISRS ^{1,2,9,18}.

Desde enfermería y obstetricia se pueden emplear diversas intervenciones psicosociales que son beneficiosas en la prevención y tratamiento, como la psicoterapia, psicoeducación, terapia cognitiva conductual y terapia interpersonal ^{1,10,18}.

Fomentar el "contacto piel con piel" al nacer el bebé permite, entre otros beneficios (Anexo 6), disminuye los niveles de la DPP al reducir el estrés maternal ocasionado y aumentar el sentimiento de acompañamiento; mejorando, a su vez, la percepción sobre el parto. Además, esta técnica favorece la lactancia materna (LM) y el amamantamiento precoz, los cuales también reducen los niveles de DPP ^{2,21}.

Varios estudios defienden que la realización de ejercicio físico moderado favorece la disminución del estrés y de la DPP. Por otro lado, un estudio realizado acerca de los efectos de la técnica de relajación de Benson en mujeres embarazadas con depresión mostró una disminución de estos síntomas en mujeres embarazadas de alto riesgo hospitalizadas (Anexo 7) ^{1,4,10,22}.

Según la literatura, el tratamiento está enfocado en el posparto, pero debería prevenirse con la realización de programas de prevención, evitando así también los posibles factores de riesgo y las complicaciones derivadas.

Esta enfermedad es un importante problema de salud pública debido a su prevalencia actual y a la incapacidad derivada de su clínica. Esto hace evidente la necesidad de la actuación por parte de enfermería y obstetricia para intentar disminuir su incidencia y duración.

5. OBJETIVOS

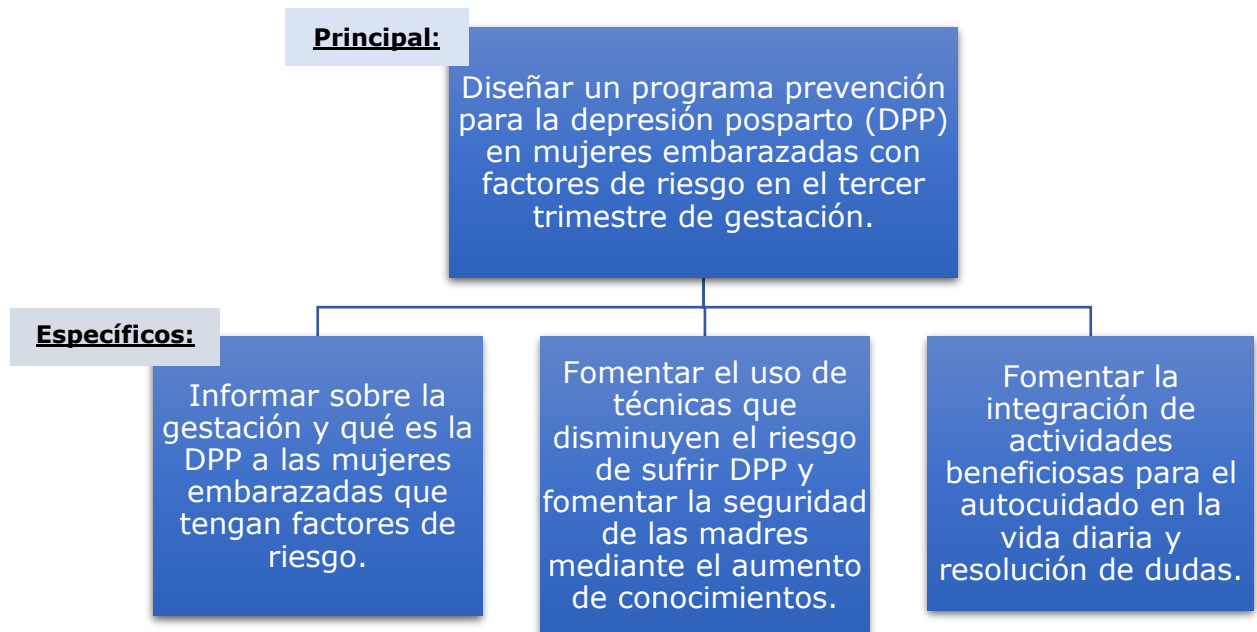


Imagen de elaboración propia

6. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la depresión posparto consultando bases de datos como Cuiden, Pubmed y Scielo.

Además, se han consultado páginas web como la de la OMS o la sede web del instituto nacional de la salud mental (NIMH) con el fin de aportar más datos sobre la DPP. Para los datos estadísticos obtenidos se ha consultado la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Colegio Oficial de médicos de Zaragoza.

Las palabras clave aplicadas han sido los siguientes Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs): "Postpartum depression" y "Depresión posparto" junto con "Depresión posparto" con el operador booleano "OR"; ya que en los artículos existía disparidad a la hora de escribir dicho término. Para el planteamiento de las actividades del programa, se amplía la búsqueda realizada acerca del "Vínculo madre – bebe" y la "Actividad física".

Criterios de inclusión y exclusión: En la búsqueda se han acotado los artículos por fecha de elaboración, seleccionando aquellos realizados entre 2009 y 2019 para obtener la información necesaria y poder realizar una revisión bibliográfica actualizada.

Diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones: Su elaboración se ha llevado a cabo mediante un lenguaje enfermero, empleando la taxonomía NANDA, NIC y NOC asociada a las diferentes sesiones del programa de prevención.

A continuación, se incluye una tabla con las palabras clave empleadas para la búsqueda en bases de datos y los artículos obtenidos.

| Tabla 1: Bases de datos | | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Bases de datos | Palabras clave | Filtros empleados | Artículos obtenidos | Artículos leídos | Artículos empleados |
| Cuiden | "Depresión posparto" OR "Depresión postparto" | Artículos 2009-2019 | 47 | 20 | 11 |
| Scielo | "Depresión posparto" OR "Depresión postparto" | En España | 7 | 5 | 4 |
| | "Depresión" AND "vínculo madre-bebe" | | 2 | 2 | 1 |
| | "Posparto" AND "Actividad física" | | 3 | 1 | 1 |
| Pubmed | "Postpartum depression" | 2009 - 2019, Spanish, Free full text | 15 | 5 | 3 |
| | "Postpartum depression" AND "Physical activity" AND "Pregnancy" | Spanish | 4 | 1 | 1 |
| Dialnet | "Depresión posparto" "Enfermería" | 2009-2019 | 6 | 3 | 2 |

Tabla de elaboración propia

7. PLANIFICACIÓN

7.1. Análisis y priorización

La depresión posparto es un problema de Salud Pública que afecta entre el 10 y 15% de las mujeres embarazadas según diferentes revisiones bibliográficas consultadas procedentes de varios países ^{1,7,11}.

Según los datos obtenidos de la página web del colegio oficial de médicos de Zaragoza, en 2016 hubo 10614 partos en Aragón, y entre 1062 y 1592 (10-15%) mujeres sufrieron DPP ²⁶. Estos datos confirman que la situación en esta comunidad autónoma no es mejor respecto a otras ciudades o países, sino que se sitúa dentro de la media, por lo que se debería intentar implementar nuevos programas de prevención o mejorar los actuales para modificar su incidencia.

Según los datos más actuales del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el primer semestre de 2018, en la provincia de Zaragoza, hubo 3568 nacimientos ²⁷; lo que puede indicar que entre 356 y 535 mujeres pudieron sufrir DPP (según la prevalencia de 10-15%) en tan sólo 6 meses.

Se plantea la gravedad de esta enfermedad mental a nivel mundial, ya que va asociada a numerosas complicaciones para la madre y el feto, que pueden poner en riesgo la vida de ambos. De esta forma, una única enfermedad puede alterar a la paciente, a su hijo (ya que el bebé depende directamente de su madre para sobrevivir y poder crecer sano) e incluso a la pareja de la madre (quienes pueden sufrir también esta enfermedad, aunque con una menor incidencia).

Tener un hijo altera la dinámica familiar, pero con programas de prevención adecuados se puede mejorar la preparación y el conocimiento de la madre, lo que podría evitar la aparición de la DPP. Además, si estos programas se realizan durante el embarazo, puede disminuir la incidencia de la depresión durante el embarazo y, en consecuencia, de la DPP.

Finalmente, al evitar o disminuir muchos problemas de salud para el binomio madre - hijo, supondría una disminución del uso de los recursos sanitarios al no ser necesarios por tener un buen estado biopsicosocial; lo que justificaría la inversión económica en este tipo de programas preventivos.

7.2 Captación y población diana

El programa de prevención va dirigido a mujeres en el tercer trimestre de embarazo, con factores de riesgo asociados a la DPP. Para llevar a cabo la captación de pacientes se realizaría desde las consultas de enfermería y la de la matrona del Centro de Salud de Atención Primaria de Utebo (Zaragoza) al que acuden las embarazadas para el seguimiento de su embarazo.

Para ello, a pesar de las múltiples escalas validadas para la DPP, la matrona y enfermera realizarían la EPDS, por ser esta una escala ampliamente utilizada y conocida en diferentes ámbitos sanitarios.

Aquellas mujeres que obtuviesen una puntuación de 10 o mayor serían recomendadas para apuntarse a este programa de prevención, para lo que deberían consultar a la matrona y anotarse en la lista de asistentes (20 plazas). Se estima que la participación sería de 20 personas, para así intentar abarcar al mayor número posible de mujeres sin renunciar a una atención individualizada.

Además, se podría recomendar la asistencia a las sesiones a cualquier otra mujer embarazada, según el criterio del personal sanitario colaborador (enfermera o matrona) debido a su experiencia laboral o el conocimiento del ámbito personal de la paciente que pudiese poner en riesgo su salud mental.

Se colocaría un poster informativo (Anexo 8) en el Centro de Salud, donde todas aquellas mujeres embarazadas que tuviesen interés lo pudiesen ver e inscribirse en el programa si lo desearan.

Se les entregará un tríptico informativo (Anexo 9) acerca del programa a todas las mujeres que acudan a las consultas de enfermería y de la matrona y, simultáneamente, se les recomendaría acudir a la Asociación Española de Psicología Perinatal. Allí les ofrecerían más información, apoyo y los diversos recursos disponibles.

7.3 Recursos y presupuesto

Recursos: Se adjunta una tabla con los recursos necesarios para la realización del programa, se encuentran divididos en humanos, materiales y estructurales.

| Tabla 2: Recursos del programa | | |
|--|--|--|
| Recursos humanos | Recursos materiales | Recursos de estructura |
| Enfermera Matrona Fisioterapeuta | Mesa 20 Sillas Pizarra 4 Rotuladores Ordenador Proyector Digital Escala EPDS Cuestionarios Folios A5 Bolígrafos 30 Trípticos 5 Pósteres | Sala de reuniones Piscina Publica de Utebo |

Tabla de elaboración propia

Presupuesto: Seguidamente se añade otra tabla con el coste total estimado que para la realización del programa de prevención.

| Tabla 3: Presupuesto del programa | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------|
| Cantidad | Material | Precio unitario | Precio total |
| 1 | Mesa | 0 €* | 0 €* |
| 20 | Sillas | 0 €* | 0 €* |
| 1 | Ordenador | 0 €* | 0 €* |
| 1 | Proyector digital | 0 €* | 0 €* |
| 1 | Pizarra | 0 €* | 0 €* |
| 4 | Rotuladores | 1.99€ | 1.99€ |
| 60 | Folios a5 | 0.05€ | 3.00€ |
| 25 | Bolígrafos | 0.20€ | 5.00€ |
| 60 (40 iniciales, 20 finales) | Fotocopias EPDS (2 hojas por escala) | 0.02€ (1 hoja) | 2.40€ |
| 40 | Fotocopias de los 2 cuestionarios | 0.02€ | 0.80€ |
| 100 | Trípticos | 0.199€ | 19.98€ |
| 5 | Pósters | 4.8 € | 24.00€ |
| 21 | Entradas a la piscina | 2.57€** | 54.00€** |
| 1 | Fisioterapeuta | 45.00€/media hora | 45.00€ |
| 1 | Enfermera | 17€/hora | 714.00€*** |
| 1 | Matrona | 18€/hora | 216.00€*** |
| Presupuesto total: | | | 1086.17 € |

Tabla de elaboración propia

* El material con coste 0€ se debe a que el ayuntamiento de Utebo permite la utilización gratuita de una sala del edificio Polifuncional de Utebo para la realización de sesiones de educación sanitaria del centro de salud (previa reserva de la sala). Esta sala consta con dichos materiales (Mesa, sillas, ordenador, proyector digital y pizarra), lo que explica el "coste cero".

** Precio total calculado con la compra de dos bonos de diez accesos a la piscina y uno individual. Calculando que todas las asistentes fuesen mayores de 26 años (precio máximo posible).

*** Para calcular el sueldo de la enfermera y matrona, se ha contado con que para cada hora de sesión se han invertido 7 horas de preparación.

Esto hace un total de 5,25 horas de sesiones impartidas por la enfermera (unas 42 horas invertidas), lo que haría un sueldo de 714€.

En el caso de la matrona, serían 1,5 horas de sesión (12 horas invertidas) con un total 216€.

7.4 Estrategias

Tras la captación en mayo y junio desde el Centro de Salud de Utebo, se realizarían 3 sesiones divididas en 5 días, teniendo lugar los miércoles del mes de julio de las 18 a las 19:30 horas. Este horario es planteado para facilitar la asistencia al programa, ya que, actualmente, muchas mujeres embarazadas continúan trabajando durante casi todo el embarazo.

Se pretende que todas las sesiones se llevasen a cabo en la sala del edificio polifuncional de Utebo, excepto la actividad de ejercicios acuáticos en la tercera sesión, que se realizaría en la piscina del gimnasio municipal de Utebo.

La formación se realizará en grupo, en la que las sesiones serán desarrolladas por una enfermera (dos sesiones) y una matrona (una sesión).

El programa se llevaría a cabo mediante clases magistrales, en las que se proporcionaría diversa información a las asistentes, pero a la vez se motivaría el diálogo, el debate y la participación por todas ellas. El material de apoyo como presentaciones en Powerpoint que mostrarían diferentes proyecciones (según el tema tratado en cada sesión) y dispositivos para la LM proporcionados por la matrona (podrían ser físicos o virtuales), entre otros, facilitaría la resolución de dudas y un aumentaría la atención y el interés de las participantes.

En la tercera sesión se llevaría a la práctica lo explicado como en el caso del ejercicio físico o las técnicas de relajación. Además, el último día se animaría a las asistentes a que acudan acompañadas de su pareja o persona de apoyo más cercana para fomentar la comprensión de esta enfermedad y la ayuda que esta le pueda proporcionar, evitando así otro factor de riesgo (distanciamiento con la pareja).

7.5 **Actividades y diagnóstico**

La planificación de las diferentes actividades se encuentra desarrollada en tres tablas individuales (una tabla por cada sesión), estando relacionadas cada una de ellas con un objetivo específico del programa.

En cada tabla, se especifica el diagnóstico y los objetivos enfermeros principales (NOC) de cada sesión. Además, al plantear estas sesiones se han establecido diversas intervenciones enfermeras (NIC), actividades concretas a desarrollarse y su duración estimada. Para todo ello, se ha empleado la taxonomía NANDA, NIC y NOC ²³⁻²⁵.

En la siguiente tabla se observan los diferentes diagnósticos de enfermería que han servido como punto de partida para la atención de los pacientes durante de todo el programa.

| Tabla 4: Diagnósticos de enfermería | |
|--|--|
| Código | Diagnóstico |
| [00126] | Conocimientos deficientes |
| [00208] | Disposición para mejorar el proceso de maternidad |
| [00162] | Disposición para mejorar la gestión de la propia salud |

Tabla de elaboración propia

| Tabla 5: Desarrollo primera sesión del programa | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|---|---|--|------------|
| 1ª Sesión: ¿Qué es la DPP? | Objetivo | Diagnostico enfermero asociado | Objetivos (NOC) | Intervenciones (NIC) | Desarrollo | Duración | |
| Primer día | Informar sobre la gestación y qué es la DPP a las mujeres embarazadas que tengan factores de riesgo. | 00126: Conocimientos deficientes | 1810: Conocimiento: Gestación | 5540: Potenciación de la disposición de aprendizaje | 1º. Presentación individual, propiciando un ambiente de grupo, tranquilidad y cercanía. | 30 minutos | |
| | | | | 5510: Educación para la salud | 2º. Expresión de los sentimientos y sensaciones surgidas durante la gestación y proporcionar la información que justifique estos cambios producidos en su vida. | 30 minutos | |
| | | | 1818: Conocimiento: Salud materna en el puerperio | | 3º. Explicar que ocurre tras dar a luz en su organismo, en qué situaciones deben acudir a urgencias y cómo se verá modificada su vida. | 30 minutos | |
| Segundo día | | | 1803: Conocimiento: Proceso de la enfermedad | 5604: Enseñanza: grupo | 4º. Recordar los nombres y fomentar la terapia de grupo. Promover la participación y averiguar conocimientos previos: "¿Qué es la Depresión Posparto?". | 20 minutos | |
| | | | | | 5602: Enseñanza: proceso de enfermedad | 5º. DPP: Explicar factores de riesgo ⁵ y realización de cuestionario individual (Anexo 10). | 30 minutos |
| | | | | | | 6º. Explicación de la clínica, tratamiento y cuidados de enfermería ² . | 30 minutos |
| | 7º. Explicar próximas actividades y evaluación. | 10 minutos | | | | | |

Tabla de elaboración propia

| Tabla 6: Desarrollo segunda sesión del programa | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------------|---|------------|
| 2ª Sesión: El saber es poder, DPP. | Objetivo | Diagnóstico enfermero asociado | Objetivos (NOC) | Intervenciones (NIC) | Desarrollo | Duración |
| Primer día | Fomentar el uso de técnicas que disminuyen el riesgo de sufrir DPP y fomentar la seguridad de las madres mediante el aumento de conocimientos. | 00208: Disposición para mejorar el proceso de maternidad | 1800: Conocimiento: Lactancia materna | 5430: Grupo de apoyo | 1º. Recordar nombres de las asistentes y fomentar la asistencia a grupos de LM. | 5 minutos |
| | | | | 5244: Asesoramiento en la lactancia | 2º. Pregunta abierta sobre qué saben de la LM. | 5 minutos |
| | | | | | 3º. Informar sobre beneficios de la LM y corregir los conceptos erróneos ²¹ . | 15 minutos |
| | | | | | 4º. Explicar cuidados del pezón y dispositivos para la LM. | 15 minutos |
| | | | | | 5º. Comentar signos y síntomas de posibles alteraciones mamarias. | 20 minutos |
| | | | 1624: Conducta de salud maternal en el posparto | 6710: Fomentar el apego | 6º. Fomentar el contacto piel con piel tras el parto comentando los beneficios ^{1, 21} . | 15 minutos |
| | | | | | 7º. Fomentar cercanía física entre el lactante-progenitores, y explicar diversas opciones para ello ²⁸ . | 10 minutos |
| | | | | | 9º. Evaluación. | 5 minutos |

Tabla de elaboración propia

Tabla 7: Desarrollo tercera sesión del programa

| 3ª Sesión: Moviendonos en contra de la DPP | Objetivo | Diagnostico enfermero asociado | Objetivos (NOC) | Intervenciones (NIC) | Desarrollo | Duración |
|---|--|--|--|---|--|--|
| Primer día | Fomentar la integración de actividades beneficiosas para el autocuidado en la vida diaria y resolución de dudas. | 00162: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud. | 1633: Participación en el ejercicio | 200: Fomento del ejercicio | 1º. Ejercicios acuáticos ^{29,30} . | 45 minutos |
| | | | | | 2º. Fomentar integración de ejercicios en su rutina semanal ²² . | 15 minutos |
| Segundo día | | | 1602: Conducta de fomento de la salud | 5820: Disminución de la ansiedad | 3º. Identificar situaciones que precipitan la ansiedad e instruir sobre técnicas de relajación ^{4,22} . | 35 minutos |
| | | | | 1850: Mejorar el sueño | 4º. Asistencia en pareja. Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo ¹ . | 15 minutos |
| | | | | 5246: Asesoramiento nutricional | 5º. Proporcionar información acerca de la alimetación adecuada y de la importancia de consumir determinados nutrientes ¹¹ . | 30 minutos |
| | | | | 6960: Cuidados prenatales | 6º. Dialogar acerca de las preocupaciones o necesidades surgidas ¹² . | 10 minutos |
| | | | | 1702: Creencias sobre la salud: Percepción de control | 5270: Apoyo emocional | 7º. Comentar la experiencia emocional y evaluación. |

Tabla de elaboración propia

7.6 Cronograma

Se han realizado dos cronogramas de Gantt, en el siguiente se puede observar la distribución estipulada que se llevaría a cabo en caso de efectuar este programa en la realidad.

| Tabla 8: Cronograma de Gantt del desarrollo del Programa. | | | | |
|--|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Actividades | Abril | Mayo | Junio | Julio |
| Diseño y planificación (sesiones) | | | | |
| Captación de embarazadas | | | | |
| 1ª Sesión, Primer día | | | | 03-jul |
| 1ª Sesión, Segundo día | | | | 10-jul |
| 2ª Sesión | | | | 17-jul |
| 3ª Sesión, Primer día | | | | 24-jul |
| 3ª Sesión, Segundo día | | | | 31-jul |

Tabla de elaboración propia

A continuación, se observa la distribución del tiempo para el desarrollo de este trabajo fin de grado durante los meses desde diciembre (con la elección de temas) hasta mayo (con la presentación de dicho trabajo).

| Tabla 9: Desarrollo del Trabajo Fin de Grado (TFG) | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|----|--------------|----|----------------|----|--------------|----|--------------|----|-------------|----|
| Actividades | Mes | Diciembre | | Enero | | Febrero | | Marzo | | Abril | | Mayo | |
| | Quincena | 1ª | 2ª | 1ª | 2ª | 1ª | 2ª | 1ª | 2ª | 1ª | 2ª | 1ª | 2ª |
| Selección del tema | | | | | | | | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica | | | | | | | | | | | | | |
| Realización introducción | | | | | | | | | | | | | |
| Realización objetivos | | | | | | | | | | | | | |
| Realización metodología | | | | | | | | | | | | | |
| Realización desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| Realización conclusiones | | | | | | | | | | | | | |
| Realización bibliografía | | | | | | | | | | | | | |
| Realización anexos | | | | | | | | | | | | | |
| Realización resumen | | | | | | | | | | | | | |
| Realización Power Point | | | | | | | | | | | | | |
| Preparación presentación | | | | | | | | | | | | | |

Tabla de elaboración propia

8. EVALUACIÓN

Para concluir, se procederá a la evaluación del programa de educación con diferentes métodos según lo que se pretenda valorar.

Riesgo de DPP: Las participantes responderían nuevamente al EPDS (Anexo 3), pudiendo así valorar desde enfermería si ha habido un aumento de la puntuación o no.

En el caso de que una paciente continuase con riesgo de sufrir DPP (puntuación igual o mayor de 10), se estudiaría cada situación personal y se ofrecería el seguimiento mediante entrevistas y consultas sucesivas con la enfermera, a pesar de haberse acabado el programa planificado. Además, se podría pedir colaboración a más profesionales sanitarios, como una matrona, un médico o un psicólogo.

Asistencia: Por otro lado, el seguimiento de la asistencia a cada sesión permitiría valorar si la enfermera y matrona promueven el interés correctamente, y si para las asistentes resulta útil acudir a las sesiones; o si, por el contrario, el número de asistencia disminuyese y hubiese que valorar una programación diferente y más dinámica.

Cuestionario: Finalmente, en la última sesión, se pasará un cuestionario a los asistentes del programa para valorar su satisfacción.

| Cuestionario 1: Satisfacción del programa | | | | | |
|--|------|------|--------|-------|----------|
| | Nada | Poco | Normal | Mucho | No lo sé |
| ¿Le han resultado interesantes los temas tratados? | | | | | |
| ¿Considera que la duración ha sido la apropiada? | | | | | |
| ¿Recomendaría la asistencia al programa? | | | | | |
| ¿Cree que utilizará lo aprendido en su vida diaria? | | | | | |
| Si quiere puede añadir a continuación alguna sugerencia: | | | | | |
| | | | | | |

Cuestionario de elaboración propia

Indicadores: Correspondiendo a los objetivos planteados por enfermería en las diferentes sesiones (NOC), se adjunta una tabla con los indicadores relacionados con cada una de ellas para valorar si se han logrado

24.

| Tabla 10: Evaluación del programa mediante indicadores | | | |
|--|---|---|--|
| Indicadores | 1ª Sesión | 2ª Sesión | 3ª Sesión |
| De proceso | Porcentaje de asistencia (%). | | |
| | Participación de los asistentes (%). | Respuesta anónima*: "¿Cree que ha sido interesante y útil lo explicado?" | Participación de los asistentes (%). |
| | Duración de la sesión según lo programado (minutos). | | |
| De resultado | 181006: Cambios psicológicos asociados al embarazo. | 162401: Se adapta al papel materno. | 163307: Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio. |
| | 180302: Características de la enfermedad. | 180001: Beneficios de la lactancia materna. | 160214: Sigue una dieta sana. |
| | 181828: Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario. | 180013: Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón. | 181825: Estrategias para manejar la depresión posparto. |
| De estructura | Sillas suficientes (número). | | |
| | Respuesta anónima*: "¿Considera que la sala empleada es un lugar adecuado para las sesiones?" | Espacio físico adecuado para las sesiones. | Respuesta anónima*: "¿Considera que los recursos empleados son adecuados?" |
| | Ambiente tranquilo, sin ruido. | | |

Tabla de elaboración propia

* Las respuestas anónimas se realizarán mediante la evaluación del 0 al 10, siendo 0 lo peor y 10 lo mejor, en un papel en blanco que repartirá la enfermera. Además, se podrán anotar observaciones y sugerencias para la mejora del programa.

9. CONCLUSIONES

Diferentes estudios acerca de la realización de programas preventivos de la DPP durante el embarazo, con diversas actividades, han demostrado ser eficaces y mejorar la situación de las mujeres.

Con la realización de este programa de prevención se pretende aumentar los conocimientos sobre la DPP. Al aumentar los conocimientos sobre esta enfermedad y realizar las diferentes sesiones con las mujeres embarazadas se pretende reducir diferentes factores de riesgo, lo que disminuiría la incidencia de la DPP.

Además, la planificación va dirigida a hacer que las mujeres que pudiesen asistir a todas las sesiones fuesen conscientes de su situación y se potenciase su autonomía y seguridad.

Todo ello se podría realizar de forma continua y cíclica en el centro de salud para que las mujeres que se quedasen embarazadas en el futuro también pudiesen acudir y beneficiarse de dicho programa. A pesar de que está diseñado para su realización en el municipio de Utebo, este programa podría llevarse a cabo en cualquier ciudad, teniendo en cuenta la modificación del presupuesto según el lugar en el que se desarrollase. De esta forma, se abarcaría a una mayor población y se podrían obtener mejores resultados.

La educación sanitaria por parte de enfermería durante el embarazo llevada a cabo en grupos de apoyo permite a las mujeres sentirse acompañadas y mejor orientadas. Al mismo tiempo, compartir sus preocupaciones en este entorno les proporciona una mayor seguridad en su proceso de la maternidad, lo que contribuye a una disminución de la DPP.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Marmi Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. Musas [Internet]. 2017;2(1):57-85. Disponible en:
<http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4/20368>.
2. Muñoz Salido A, Hijano Muñoz JM, Ruiz Cazorla A. Abordaje integral de la depresión postparto. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2015;22.
3. Bueno Montero E. Evidencia de la escala de Edimburgo ante la depresión postparto. Educare21 -Esp- [Internet]. 2014;12(2):33-7.
4. Araújo WS de, Romero WG, Zandonade E, Amorim MHC. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. Rev Latino-am Enfermagem -Bra- [Internet]. 2016;24(0). Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100416&lng=en&tlng=en.
5. Félix TA, Nogueira Ferreira AG, D'Ávila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Ximenes Neto FRG, Muniz Mira Q. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. Enferm Glob [Internet]. 2013;12(29):404-419.
6. OMS. Depresión [Sede Web]; 22 marzo 2018. Organización mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
7. González Zubizarreta R. Monografía sobre las emociones del parto. Nuber Científ [Internet]. 2013;2(8):22-28. Disponible en:
<http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/58>.
8. Martos López IM, Sanchez Guisado M del M, Pérez Berenguel M del C. Depresión posparto, la cara más oscura de la maternidad. Rev. Paraninfo Digit [Internet]. 2017;27.

9. NIMH. Depresión Posparto [Sede Web]; 2014. Instituto Nacional de Salud Mental. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>.
10. Morillas Salazar RM, López Carmona PL, Iglesias Moya J. Depresión postparto: detección, prevención y manejo. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2015;22.
11. Díaz Domínguez MI, Carmona Romera AB, Lucena Prieto L. La alimentación y su relación en la depresión postparto. Rev. Paraninfo Digital [Internet]. 2017;27.
12. Barbosa MARS, Ângelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. Enferm Glob [Internet]. 2016;42:232-302.
13. Rodríguez Muñoz MF, Vallejo Slocker L, Olivares Crespo ME, Izquierdo Méndez N, Soto C, Le HN. Propiedades psicométricas del Postpartum Depression Predictors Inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2017;91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100422&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
14. Pérez F, Brahm P. Paternal postpartum depression: Why is it also important? Rev Chil Pediatr. 2017;88(5):582-585. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
15. Marín Morales D, Carmona Monge FJ, Peñacoba Puente C. Personality , depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. Anal Psicol. 2014;30(3):908-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000300014&script=sci_abstract&tlng=en.

16. Podestá LL, Alarcón AM, Muñoz S, Legüe C M, Bustos L, Barría PM. Psychomotor development in offspring of mothers with post partum depression. Rev méd Chile [Internet]. 2013;141(4):464-70. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=en.
17. Navarrete Villanueva, D. Variables asociadas al riesgo de depresión postparto en puérperas turolenses valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. Enferm Comunitaria (Gran) [Internet] 2016, 12(2).
18. Fuentes Iglesias ML, Pérez Romero MP, Fontado Pedreño Y. Recorrido histórico de la Depresión Posparto hasta las tendencias más actuales. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016;25.
19. Berlanga Fernández S, Pérez Cañaveras RM, Vizcaya Moreno MF. Aplicación práctica de los modelos de Mercer y Beck en las especialidades de enfermería. Evidentia [Internet]. 2012;9(39).
20. Izquierdo N, Rodríguez Muñoz F, Picos MC, Herráiz MA, Le HN, Fonseca J, et al. ¿Es Posible el Uso de la Postpartum Depression Screening Scale Short Form en la Depresión Antenatal? Clin Salud [Internet]. 2018;29(2):147-50.
21. Martínez Martínez T, Damian Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enferm Universitaria [Internet]. 2014;11(2):61-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726661?via%3Dihub>.
22. Suárez Varela, I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. Nure Inv [Internet]. 2012;(60):1-17.
23. Herdman TH, Shigemi Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2015.
24. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 6ª ed. Madrid: Elsevier España, 2018.

25. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 7ª ed. Madrid: Elsevier España, 2018.
26. Colegio oficial de médicos de Zaragoza. II Simposio de Salud Mental Perinatal [Sede Web]. Zaragoza: 2017. Disponible en: <http://www.comz.org/actualidad/noticias/ii-simposio-de-salud-mental-perinatal>.
27. INE. (2018). Nacimientos por provincia de residencia de la madre, mes y sexo. Madrid: Instituto Nacional de estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/provi/I0/&file=01007.px>.
28. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C. Psychological perinatal interventions in maternal depression and mother-child bond: A systematic review. *Ter Psicol* [Internet]. 2013; 31 (2): 249-261. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000200011&script=sci_arttext&tlng=en.
29. Sanchez García JC, Mur Villar N, Sanchez Lopez AM, Levet Hernandez MC, Aguilar Cordero MJ. Influencia del ejercicio físico sobre la calidad de vida durante el embarazo y el posparto. Revisión sistemática. *Nutr Hosp* [Internet]. 2016; 33(Supl. 5):1-9.
30. Aguilar Cordero MJ, Sanchez García JC, Rodriguez Blanque R, Sanchez Lopez AM, Mur Villar N. Moderate Physical Activity in an Aquatic Environment During Pregnancy (SWEP Study) and Its Influence in Preventing Postpartum Depression. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2019;25(2):112-121.

11. ANEXOS

ANEXO 1: Factores de riesgo asociados a la DPP.

| Tabla 11: Factores de riesgo asociados a la DPP | |
|--|--|
| Principales | Secundarios |
| Ansiedad o Depresión previas | Madre primeriza |
| Ansiedad o Depresión en el embarazo | Actitud negativa ante el embarazo |
| Cambios hormonales en embarazo y puerperio | Déficit de vitamina D, hierro y ácido fólico |
| Falta de apoyo sociofamiliar | Personalidad neurótica |
| Distanciamiento con la pareja | Parto previo por cesárea |
| Estrés familiar o ambiental | Variables propias del bebé: |
| Falta de recursos disponibles | · Bebé prematuro · Irritabilidad del recién nacido · Escaso desarrollo motor |
| No planificación del embarazo | |
| Bajo nivel de educación | |

Tabla de elaboración propia

Fuente:

Félix TA, Nogueira Ferreira AG, D'Ávila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Ximenes Neto FRG, Muniz Mira Q. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enferm Glob* [Internet]. 2013;12(29):404-419.

ANEXO 2: EPDS (1).

La breve y sencilla escala de EPDS tiene una sensibilidad de casi el 100% y una especificidad del 82%, lo que facilita a los profesionales de la Atención Primaria (AP) la detección de la DPP.

Previo a su utilización, el profesional sanitario podría realizar dos cuestiones a la paciente, que según el estudio realizado por David Navarrete Villanueva y GENUD (Grupo de investigación de la universidad de Zaragoza; Growth, Exercise, Nutrition and Development) facilitarían al profesional sanitario el acotar a las posibles mujeres que pudiesen padecer DPP. Estas cuestiones empleadas en su estudio fueron:

1. "Durante el último mes, ¿se ha preocupado por qué con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?"
2. "Durante el último mes, ¿se ha preocupado por qué con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"

Fuentes:

Bueno Montero E. Evidencia de la escala de Edimburgo ante la depresión postparto. Educare21 -Esp- [Internet]. 2014;12(2):33-7.

Navarrete Villanueva, D. Variables asociadas al riesgo de depresión postparto en puérperas turolenses valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. Enferm Comunitaria (Gran) [Internet]. 2016, 12(2).

ANEXO 3: EPDS (2).

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian Sí, la mayor parte de las veces Sí, a veces No, casi nunca No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer Tanto como siempre Algo menos de lo que solía hacer Definitivamente menos No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir Sí, la mayoría de las veces Sí, a veces No muy a menudo No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien Sí, la mayoría de las veces Sí, algunas veces No muy a menudo No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo No muy a menudo No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo No, para nada Casi nada Sí, a veces Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo Sólo en ocasiones No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

ANEXO 4: Otros métodos diagnósticos de la DPP.

Entre los otros métodos de diagnóstico menos empleados en la actualidad por los profesionales sanitarios se encuentran diferentes escalas validadas.

El Postpartum Depression Predictor Inventory-Revised (PDPI-R) incluye los factores de riesgo más importantes para la depresión en el embarazo. Según el estudio realizado por Rodríguez et al, se ha demostrado que su versión en español posee buenas propiedades psicométricas en la detección del riesgo en el primer trimestre de gestación, por lo que podría considerarse como una buena alternativa.

El PDPI-R en su versión prenatal en español de Genovez y Le está formado por 32 elementos que quedan agrupados en 10 clases. Estos se responden con "Sí" o "No" y se asocia una puntuación (0 o 1) según cada elemento.

| Tabla 12: PDPI - R | | |
|---|----------------------------|------------|
| Clases | | |
| 1. Estado civil 2. Estatus socioeconómico 3. Nivel de autoestima 4. Depresión prenatal 5. Ansiedad prenatal 6. Embarazo deseado o no 7. Depresión previa al embarazo 8. Apoyo social de la pareja, familia y amigos 9. Satisfacción de pareja 10. Estrés vital | | |
| Sensibilidad: | Embarazadas con riesgo DPP | 22% |
| Especificidad: | Embarazadas sin riesgo DPP | 93% |

Tabla de elaboración propia

Fuente:

Rodríguez-Muñoz M de la F, Vallejo Slocker L, Olivares Crespo ME, Izquierdo Méndez N, Soto C, Le H-N. Propiedades psicométricas del Postpartum Depression Predictors Inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2017;91.

Por otro lado, la matrona y doctora en ciencias de enfermería Cheryl T. Beck resalta la importancia de la comprensión de cómo la mujer vive el embarazo, el parto y la maternidad. Entender la DPP permite a los profesionales implantar estrategias de prevención y detección. Beck desarrolló una Escala de Valoración de la Depresión Postparto (PDSS) de 35 ítems, con altos niveles de especificidad y sensibilidad, centrada en los componentes del estado de ánimo. Debido a la extensión de dicha escala, existe una versión acortada con 7 ítems, el PDSS – Short Version (PDSS-SF).

Cheryl T. Beck también llevó a cabo un listado de factores que permite predecir las mujeres que pueden padecerla, facilitando así a los profesionales esta herramienta para detectar estas situaciones que pueden dañar la salud física, mental y social de la familia.

Fuentes:

Berlanga Fernández S, Pérez Cañaveras RM, Vizcaya Moreno MF. Aplicación práctica de los modelos de Mercer y Beck en las especialidades de enfermería. Evidentia [Internet]. 2012;9(39).

Izquierdo N, Rodríguez Muñoz F, Picos M del C, Herráiz MA, Le HN, Fonseca J, et al. ¿Es Posible el Uso de la Postpartum Depression Screening Scale Short Form en la Depresión Antenatal? Clin Salud. 2018;29(2):147-50

ANEXO 5: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

La importancia y el peligro de tratar con mujeres que están con LM es que pueden transmitir al bebé concentraciones de la medicación administrada y producir reacciones adversas en este. Por ello, debe de prestarse especial atención a todos los tratamientos farmacológicos que la madre pueda recibir.

En el caso de los ISRS se suele preferir la Sertralina y la Paroxetina frente a la Fluoxetina (mayor vida media) o Citalopram (mayores concentraciones en leche materna) por su menor paso a través de la leche materna y, en consecuencia, menores efectos en el bebé. Sin embargo, los ISRS presentan un inconveniente, que, tras la remisión de los síntomas, los pacientes deben seguir tomándolo el tratamiento durante un mínimo de 9 meses.

Fuente:

Fuentes Iglesias ML, Pérez Romero M del P, Fontado Pedreño Y. Recorrido histórico de la Depresión Posparto hasta las tendencias más actuales. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016.

ANEXO 6: Contacto piel con piel.

El contacto piel con piel, además de beneficiar a la madre con la disminución de los niveles de DPP, también produce mejoras en otros aspectos, como prevenir las hemorragias y favorecer la contractibilidad e involución uterina mediante la liberación de oxitocina endógena. Al mismo tiempo, permite reducir la ansiedad materna y aumentar la receptividad social.

Por otro lado, el recién nacido también experimenta múltiples beneficios, ya que la madre le proporciona energía (alimento) y calor al estimularse la eyección del calostro y aumentar la temperatura mamaria.

Para que se lleve a cabo dicha técnica sin que peligren las vidas de la madre y del hijo se deben reunir unas condiciones necesarias, como se muestra en la siguiente imagen, ya que de lo contrario podría llegar a producirse la muerte del feto. Por ello, es recomendable que se vigile, sobre todo, las dos primeras horas de este "contacto".

Fuente:

Martínez Martínez T, Damian Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enferm Universitaria [Internet]. 2014;11(2):61-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726661?via%3Dihub>

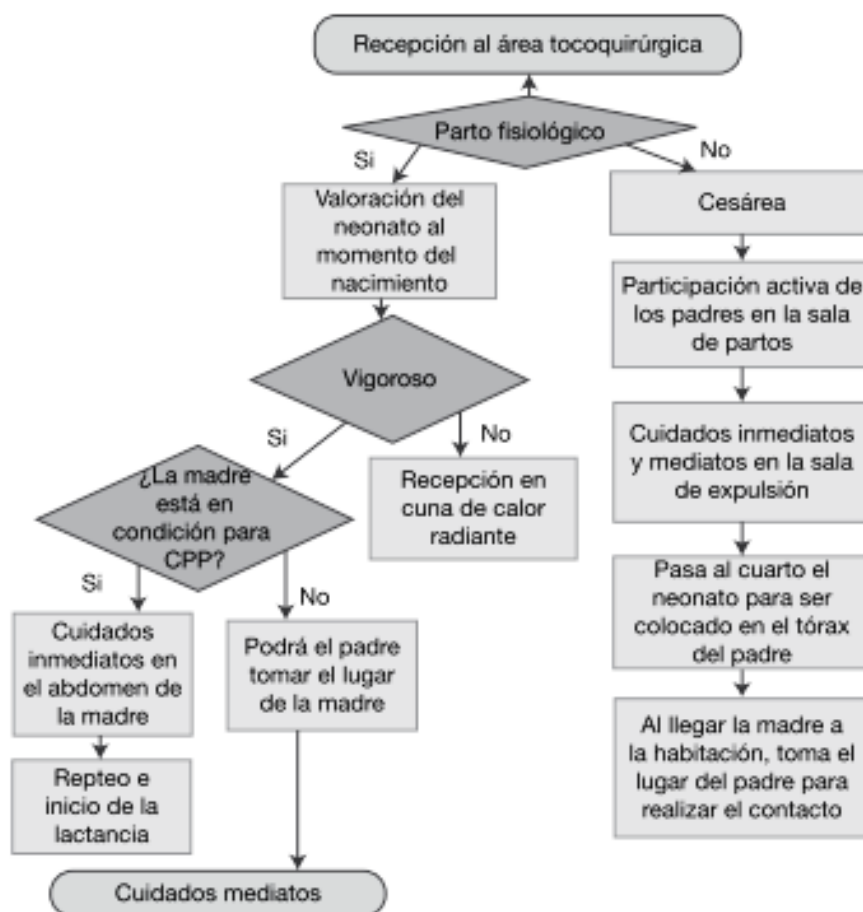


Figura 1 Flujograma de la técnica contacto piel a piel en la reanimación neonatal.

Fuente:

Imagen extraída del artículo de "Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal" de Martinez Martinez T. y Damian Ferman N.

ANEXO 7: Técnica de relajación de Benson.

La técnica de relajación de Benson debe incluir un ambiente tranquilo, un dispositivo mental, una actitud pasiva y una posición cómoda. Consta de 6 pasos:

- Primero: Sentarse tranquilamente en una posición cómoda.
- Segundo: Cerrar los ojos
- Tercero: Relajar profundamente todos los músculos del cuerpo.
- Cuarto: Ser consciente de la respiración por la nariz. Decir “uno” mentalmente en la inspiración. Respirar con naturalidad.
- Quinto: Continuar unos 10 – 20 minutos. Al terminar, sentarse varios minutos relajadamente, primero con los ojos cerrados y después abiertos.
- Sexto: Mantener una actitud pasiva que permita una relajación progresiva. Tratar de ignorar los pensamientos que puedan distraerle.

Fuente:

Araújo WS de, Romero WG, Zandonade E, Amorim MHC. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. Rev Latino-am Enfermagem -Bra- [Internet]. 2016;24(0).

ANEXO 8: Póster informativo del programa.



PROGRAMA PREVENTIVO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

~~~~~

Centro de Salud de Utebo

**3 – 31 DE JULIO  
MIÉRCOLES,  
18:00 – 19:30 H**

**CONOCE, NORMALIZA Y  
PREVIENE**

*"No hay manera de ser  
una madre perfecta, hay  
un millón de maneras de  
ser una buena madre."*  
– Jill Churchill

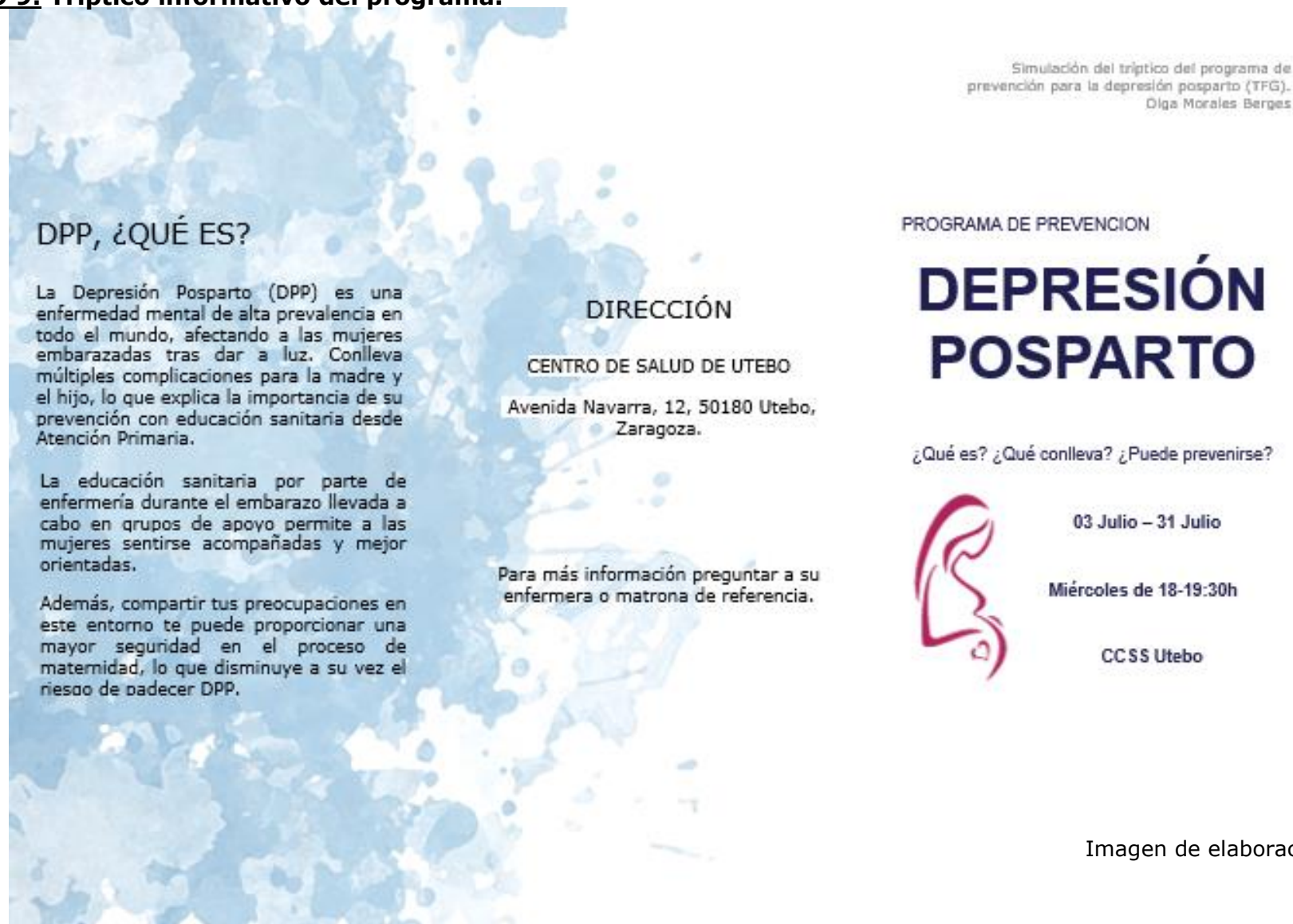
Información sobre la depresión posparto,  
la gestación y el autocuidado.

Más información en las consultas de  
enfermería y de la matrona.

Formación de grupo de apoyo (20  
plazas), para inscribirse consultar a la  
matrona del centro.

Imagen de elaboración propia

## **ANEXO 9: Tríptico informativo del programa.**





## ALGUNOS DATOS...



### PREVALENCIA

10-15% de las mujeres embarazadas la sufren tras dar a luz.

10-20% de los hombres cuya pareja tiene DPP también la padecen.

| Factores de riesgo asociados a la DPP             |                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Principales                                       |                                            |
| Anxiedad o Depresión previa o durante el embarazo | Cambios hormonales en embarazo y puerperio |
| Falta de apoyo sociofamiliar                      | Redes familiar o ambiental                 |
| Distanciamiento con la pareja                     | Falta de recursos disponibles              |
| No planificación del embarazo                     | Bajo nivel de educación                    |



### ¿CÓMO SE MANIFIESTA?

Irritabilidad, rabia, falta de energía, olvidos más frecuentes, incluso sentimiento de culpa, incapacidad de afrontamiento e ideaciones suicidas.

## ¿CÓMO PREVENIRLA?



La información sobre los cambios producidos durante la gestación, indicaciones encaminadas al cuidado del recién nacido (lactancia materna, contacto piel con piel, etc.) y la importancia del autocuidado son la base para una buena salud maternal. Además, una alimentación saludable, el ejercicio físico y las técnicas de relajación son de gran ayuda en la prevención.

| Sesiones                             | Día              |
|--------------------------------------|------------------|
| 1ª. ¿Qué es la DPP?                  | 3 y 10 de Julio  |
| 2ª. El saber es poder, DPP.          | 17 de Julio      |
| 3ª. Movimientos en contra de la DPP. | 24 y 31 de Julio |

1ª. Saber qué es, como identificarla y cuando acudir en busca de ayuda profesional.

2ª. Prevención al aumentar conocimientos del cuidado del recién nacido.

3ª. Prevención fomentando el autocuidado.

**"No hay manera de ser una madre perfecta, hay un millón de maneras de ser una buena madre."**



- Jill  
Churchill

Imagen de elaboración propia

### **ANEXO 10: Cuestionario sobre los factores de riesgo de la DPP.**

Con la intención de que las asistentes sean conscientes de su situación y proporcionarles una mayor autonomía desde el inicio del programa, se proporcionaría un cuestionario con los diferentes factores de riesgo de la DPP.

En él deberían marcar con una "X" en el cuadrado correspondiente ("Si" o "No") respecto a si consideran que tienen cada uno de los factores de riesgo escritos.

Además, este breve cuestionario sería entregado posteriormente a la enfermera para que pueda conocer más a cada una de las asistentes y pudiese ofrecer una atención más personalizada e individualizada durante todo el programa preventivo.

| <b>Cuestionario 2: ¿Qué factores de riesgo tengo?</b> |           |           |                 |
|-------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|
| <b>Factores de riesgo</b>                             | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>No lo sé</b> |
| Ansiedad o Depresión previas                          |           |           |                 |
| Ansiedad o Depresión en el embarazo                   |           |           |                 |
| Falta de apoyo sociofamiliar                          |           |           |                 |
| Distanciamiento con la pareja                         |           |           |                 |
| Estrés familiar o ambiental                           |           |           |                 |
| Falta de recursos disponibles                         |           |           |                 |
| No planificación del embarazo                         |           |           |                 |
| Bajo nivel de educación                               |           |           |                 |
| Madre primeriza                                       |           |           |                 |
| Actitud negativa ante el embarazo                     |           |           |                 |
| Déficit de vitamina D, hierro y ácido fólico          |           |           |                 |
| Personalidad neurótica                                |           |           |                 |
| Parto previo por cesárea                              |           |           |                 |

Cuestionario de elaboración propia